



الصندوق الفلسطيني لتعويض مصابي حوادث الطرق

نموذج رقم (ن ق 1)

رفع السرية الطبية

تصريح رفع سرية طبية شامل

أنا الموقع اسمي ادناه _____ بصفتي _____
المصاب _____ حامل هوية رقم _____

وانا بكامل الصفات المعتبرة شرعاً وقانوناً وبكامل ارادتي ودون اكراه من احد، فإنني اطلب من حضرتكم ومن كافة الأطباء الذين سبق لهم أن عاينوني و/أو من أي مستشفى و/أو من أي مركز طبي و/أو من أي مستوصف طبي و/أو من أي مختبر أشعة و/أو من أي مركز رعاية وتأهيل و/أو من أي شركات تأمين أخرى أو أية هيئة أخرى داخل فلسطين وخارجها ومن وزارة الصحة وكافة اقسامها تزويد وإعطاء السادة الصندوق الفلسطيني لتعويض مصابي حوادث الطرق و/أو الجهات الطبية المعتمدة من قبله بما فيهم وكلائه من الأطباء المعتمدين من قبله و/أو المحققين المعتمدين لديه و/أو وكلائه القانونيين المعتمدين منه و/أو المفوضين عنه و/أو موظفيه المفوضين بذلك بجميع المعلومات الصحية المتعلقة بي وبأخذ صورة و/أو صور عن كافة الملفات الصحية العائدة لي والمتوفرة لديكم. كما وأجيز للصندوق الفلسطيني لتعويض مصابي حوادث الطرق ومندوبيه ووكلاءه ومحققيه وكل من ذكر أعلاه بمتابعة ملفاتي الصحية أولاً بأول بكل التفاصيل كاملة وبدون استثناء وبالشكل الذي يريده الصندوق عن حالتي الصحية و/أو عن كل مرض اصابني في الماضي و/أو اشكو منه في المستقبل. وإنني أعفى بهذا حضرتكم وجميع الأطباء الذين سبق لهم ان عاينوني و/أو من أي مستشفى و/أو من أي مركز طبي و/أو من أي مستوصف طبي و/أو من أي مختبر أشعه و/أو من أي مركز رعاية وتأهيل و/أو من أي شركات تأمين أخرى او أية هيئة أخرى و/أو من وزارة الصحة و/أو كل فرع من فروع مؤسساتكم بداخل فلسطين وخارجها من الالتزام بحفظ السرية الطبية فيما يتعلق بحالتي الصحية و/أو امراضي كما ذكر أعلاه وإنني اتنازل عن هذه السرية لصالح الصندوق الفلسطيني لتعويض مصابي حوادث الطرق وممثليه المشار اليهم أعلاه واعطيتكم ادنا تاماً ونهائياً لا رجوع عنه برفع السرية الطبية عن كل الملفات الطبية العائدة لي ولن تكون لي أي دعوى او شكوى من أي نوع كان بما يخص كل مل ذكر آنفا ضدكم و/أو ضد أي جهة طبية و/أو ضد الصندوق الفلسطيني لتعويض مصابي حوادث الطرق.

إن هذا التصريح بالتنازل ورفع السرية لصالح الصندوق الفلسطيني لتعويض مصابي حوادث الطرق هو مطلق غير قابل للرجوع عنه، وقد وقعته على نسخة اصلية واحدة بيد الصندوق الفلسطيني لتعويض مصابي حوادث الطرق للعمل به أو بصورة عنه عند الحاجة.

صفة مقدم التصريح: _____ اسم الشاهد: _____
الاسم: _____ رقم الهوية: _____
رقم الهوية: _____ العنوان: _____
العنوان: _____ التوقيع: _____
التوقيع: _____
التاريخ: _____/_____/20____